

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891
—

THÈSE

232

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 Juin 1891, à 1 heure

PAR

STANISLAS ZABOROWSKI

Né à Zbiewo (Pologne), le 2 Avril 1864

QUELQUES CAS
D'ABLATION DE FIBROMES UTÉRINS
PENDANT LA GROSSESSE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
BAR et MÉLATON, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

—
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 2

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 Juin 1891, à 1 heure

PAR

STANISLAS ZABOROWSKI

Né à Zbiewo (Pelogne), le 2 Avril 1864

QUELQUES CAS
D'ABLATION DE FIBROMES UTÉRINS
PENDANT LA GROSSESSE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
 { BAR et MÉLATON, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. BALLEL.	MM. FAUCONNIER.	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD.	GLEY.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTNER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR/LE DOCTEUR MATTAKOWSKI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR-DOCTEUR TARNIER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

QUELQUES CAS
D'ABLATION DE FIBROMES UTÉRINS
PENDANT LA GROSSESSE

INTRODUCTION

La fréquence relative des fibromes compliquant la grossesse, la multiplicité des phénomènes auxquels cette coïncidence donne lieu, rendent facilement compte de l'importance que cette question a prise de tout temps dans la gynécologie.

Des auteurs des plus émérites s'emparaient du sujet à tour de rôle, et des travaux du plus haut intérêt abondent dans les ouvrages médicaux de tous les pays. Tantôt c'étaient des fibromes dystociques compliquant l'accouchement qu'on étudiait, tantôt c'était l'influence qu'exercent ces tumeurs sur la fécondité, la conception et la vie du fœtus qui prenait la première place. Malheureusement, jusqu'à ces derniers temps la plupart de ces travaux n'avaient pas d'autre résultat que de prouver une fois de plus, combien cette question touchant de si près au pronostic de deux existences était importante et grave.

On connaissait les faits, on prévoyait les dangers qui menaçaient la vie de la mère et de l'enfant mais dans la plupart des cas on ignorait quelle était la thérapeutique à proposer.

Les progrès énormes réalisés dans ces dernières années par la chirurgie, vinrent mettre cette question dans un jour nouveau plus favorable. Depuis que le chirurgien, maître des plaies créées par son bistouri, n'hésite pas à ouvrir la cavité abdominale et à s'attaquer directement à la cause du mal, on parvient à sauver les malades dans beaucoup de cas qui, il y a vingt ans seulement auraient été considérés comme fatalement désespérés. C'est une partie de cette vaste question que nous nous proposons d'étudier dans ce modeste recueil ; tâche bien au-dessus de nos forces nous nous empressons de l'avouer. Nous voulons parler de quelques cas de laparotomie pour fibromes d'un utérus gravide. Le pronostic pour la mère et pour l'enfant nous occupera en premier lieu.

Avant d'aborder le sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer le sentiment de profonde et respectueuse reconnaissance envers nos Maîtres de l'Ecole et des hôpitaux. Nous ne saurions assez remercier de la bienveillance qu'ont toujours voulu nous porter MM. les Docteurs J. L. Championnières et Balzer.

Que MM. les Docteurs Terrier et Rigal veuil-

lent bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour toutes les marques d'intérêt qu'ils nous ont témoignées.

Nous remercions particulièrement M. le Professeur Tarnier, d'avoir accepté la présidence de notre thèse. L'amitié de M. le Docteur Rieffel nous a toujours été d'un précieux secours dans le cours de nos études; nous en conserverons un vif souvenir.

CHAPITRE PREMIER

Dans son excellent ouvrage M. Lefour (1) a très bien exposé les accidents qui caractérisent l'influence réciproque du fibrome et de la grossesse.

Il en est un qui nous intéresse particulièrement ; c'est l'évolution rapide que prennent parfois ces tumeurs après la conception. « Ces tumeurs prennent part à l'apport qui se fait vers l'utérus, dit M. Tarnier (2), s'en ressentent puissamment, grossissent et prennent souvent une consistance dure et œdémateuse. » D'autres auteurs (3) ont depuis étudié et expliqué cette hypertrophie. En dehors des phénomènes purement dystociques, bien décrits par M. Doléris, on en observe d'autres paraissant dans le courant de la grossesse ou du postpartum si toutefois l'accouchement est possible sans intervention chirurgicale.

L'issue de la grossesse dépendra du volume et

(1) Lefour, thèse d'agrég. 1880.

(2) Gazette des Hop. 1859.

(3) Gusserov. Chirurgie, Luecke, Billroth. — Lomer, Zeitschr. für Geb. in Gyn. 1883, vol. IX. — Modifications des fibromes et leur signification. Lancet, avril 1880. — Vautrin, Th. agr. 1886.

du siège de la tumeur. Plus le fibrome sera volumineux, plus il se rapprochera du type interstitiel et moins l'enfant aura de chances d'arriver à terme.

Et même en présence d'un fibrome sous-péritonéal bien pédiculé évoluant rapidement, devons-nous espérer une issue heureuse: Les accidents de compression paraissant au troisième ou quatrième mois de grossesse rendent cette hypothèse peu probable.

On a encore cinq mois à attendre et tout fait supposer que l'état de la mère s'aggravant, l'avortement se produira ou bien le fœtus mort sera retenu dans la cavité utérine obstruée par la tumeur, accident sur la gravité duquel nous n'avons pas besoin d'insister.

Admettant une singulière tolérance de l'utérus qui lui permettrait de supporter cet incommode voisinage sans avorter, il arrivera cependant un moment où l'organe discret jusqu'alors dans son développement, réclamera la part qui lui revient dans l'espace de la cavité abdominale, et se trouvera à l'étroit. Nous verrons alors apparaître les symptômes graves de compression comme l'œdème, l'ascite, la dyspnée, voire même des accidents rénaux ou la péritonite.

En face de ces accidents quelle conduite doit tenir le chirurgien ? Il n'est plus permis d'attendre,

il faut intervenir même au prix de la vie du fœtus. M. Routier (1) appelé récemment à traiter un pareil cas déclare n'avoir trouvé dans les auteurs que des indications fort insuffisantes. Faut-il fatalement sacrifier l'enfant en pratiquant l'avortement ou l'embryotomie, opérations qui d'ailleurs sont souvent rendues impossibles par l'occlusion trop complète des voies naturelles. Dans l'avortement comme dans l'embryotomie la mort du fœtus ne préserve nullement la mère des dangers qui la menacent après ces interventions. Martin (2) pense que c'est une opération toujours très grave. Il peut être difficile de débarrasser l'utérus des annexes fœtales d'où danger de septicémie, très grave avec une tumeur très vasculaire et souvent ramollie et dégénérée. Mais le danger le plus redoutable consiste dans les hémorrhagies qui viennent si souvent compliquer le postpartum des utérus fibromateux.

Martin (3) déconseille l'avortement chaque fois qu'on peut appliquer une autre opération. Dans les cas de fibromes accessibles par le vagin on pourra tenter leur énucléation par cette voie.

(1) Routier, Ann. de tocol. mars 1890.

(2) Martin, « Ueber Myomoperationen ». Zeitschr. für Geb. 1890, vol. XX.

(3) Martin, loc. cit.

Cette méthode, depuis l'application de l'antisepsie a donné de très bons résultats entre les mains de Danyau, Shroeder, Bell, etc. Malheureusement les indications limitées par le siège particulier de la tumeur seront forcément très restreintes. L'opération inoffensive pour la mère, par comparaison aux interventions intrapéritonéales, ne l'est pour l'enfant qu'à condition d'être pratiquée à terme ou dans le dernier temps de la grossesse où l'avortement à craindre dans ce cas deviendrait un accouchement prématuré.

Nous passerons sous silence l'accouchement prématuré défendu pour certains cas par M. Tarnier (1). Nous ne pourrions rien ajouter à l'opinion de cet éminent Maître, mais nous ne croyons cette intervention possible, que dans les cas absolument exceptionnels.

Excepté l'énucléation par le vagin, qui n'est applicable que rarement, nous retrouvons dans toutes les autres interventions le grave défaut de sacrifier l'enfant et de laisser en place la tumeur, qui pourra à bref délai réclamer une opération radicale. Nous ne pouvons pas discuter ici les chances de voir la tumeur diminuer après la déplétion de l'utérus (2). Du reste, même en admet-

(1) Th. Vautrin 1886.

(2) Vautrin, loc. cit.

tant que cela arrive, il y a toujours lieu de redouter une nouvelle conception qui reproduirait le danger qu'on cherche à éviter.

Avec un gros fibrome qui peut par son volume donner lieu à des accidents avec un utérus libre, nous serons amené à chercher quelque chose de plus radical, et à nous attaquer directement à la cause du mal, c'est-à-dire à la tumeur.

CHAPITRE II

Nous nous trouverons ici en présence de trois grandes opérations caractérisées par l'ouverture de la cavité péritonéale.

Ce sont : l'opération césarienne, l'opération de Porro et l'ablation simple du fibrome qui laisse intact l'utérus gravide.

En parlant des deux premières, nous chercherons à préciser brièvement leurs indications et les inconvénients qui leur sont propres.

Nous insisterons sur la troisième qui nous intéresse particulièrement.

Kaltenbach et Hégar (1) conseillent l'opération de Porro chaque fois qu'en présence des accidents graves provoqués par le fibrome, il est impossible au chirurgien d'extirper la tumeur sans ouvrir la cavité utérine.

L'opération césarienne est ainsi condamnée d'avance en cas de fibromes.

Admettant que l'état de la mère permette d'attendre, que les accidents causés par la tumeur ne soient pas trop alarmants, on sauvegarde les intérêts de l'enfant en pratiquant l'opération césarienne à terme.

Si précieuse que soit la vie de l'enfant, nous

(1) *Operative gynecologie* 1886, 3^e édition.

ne croyons pas permis d'exposer la mère à une opération de cette importance pour conserver le fœtus menacé quand même d'avortement si fréquent avec les fibromes volumineux. Nous comprenons parfaitement qu'on pratique quelquefois cette opération comme M. Tuffier (1) quand il est trop tard pour choisir une autre thérapeutique, mais nous l'admettons alors comme une opération palliative absolument insuffisante, qui doit être remplacée chaque fois qu'il est possible, par une intervention plus radicale.

Avec une tumeur enclavée dans le petit bassin, adhérente intimement aux organes environnants, l'opération césarienne pourrait être indiquée lorsque les voies naturelles sont infranchissables pour le fœtus. On pourrait penser à l'opération césarienne chez une primipare n'ayant pas d'enfants et désirant vivement en avoir. On cherchera alors à lui conserver à tout prix l'utérus espérant une subinvolution ultérieure du fibrome. Le cas de Martin (2) qui pratiqua une fois l'opération césarienne dans ces conditions prouve, qu'on peut voir parfois cet espoir se réaliser.

Nous ne saurions pas préciser ici ces indications qui ne dépendent le plus souvent, que du jugement personnel de l'opérateur.

(1) Tuffier, Ann. de toc. 1889.

(2) Martin Deutsche med. Wochenschr. 1889, vol. XXIX.

Pour en finir disons que, pratiquée bon nombre de fois en France et à l'étranger, l'opération césarienne ne compte que des résultats déplorables à son actif.

Plus grave peut-être que l'opération césarienne mais radicale, est l'opération de Porro, préconisée par les auteurs allemands cités plus haut (1).

La tumeur enlevée en même temps que l'utérus, on n'aura pas à redouter les complications qui peuvent survenir après l'opération césarienne.

La valeur relative de ces opérations pourrait être discutée avec une dystocie pelvienne simple, mais avec un fibrome dont il faut débarrasser la femme, la supériorité de l'hystérectomie nous paraît hors de doute.

Dans la majorité des cas les indications de l'hystérectomie ne peuvent être précisées qu'après l'ouverture de l'abdomen.

Le chirurgien renseigné alors « de visu » sur le volume, le siège et surtout les connexions de la tumeur appréciera si une opération moins héroïque n'est pas suffisante.

Dans le chapitre suivant nous nous proposons d'étudier les indications de la myomotomie, appelée, nous le croyons, à remplacer avantageusement dans quelques cas l'opération de Porro.

(1) Hegar-Kaltenbach, loc. cit.

CHAPITRE III

MYOMECTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

Si en dehors de l'état perpétuel il n'est pas toujours facile de dire quand l'extirpation d'un gros fibrome est indiquée et possible, on comprend combien la question des indications deviendra complexe par le fait d'une grossesse concomitante.

Nous sommes alors en présence de deux existences menacées par la même cause, et nous devons chercher le moyen de les sauver toutes les deux. Il est évident que la vie d'une femme adulte étant plus précieuse que celle d'un fœtus gravement compromise par l'existence de la tumeur, c'est surtout du côté de la mère que nous devons chercher et trouver les indications d'intervention. Le plus souvent elles seront fournies soit par le volume et l'accroissement rapide de la tumeur produisant chez la femme des phénomènes de compression comme l'ascite, la dyspnée, les douleurs névralgiques, etc., soit par l'inflammation compliquant parfois les tumeurs ramol-

lies auxquelles nous avons fait allusion plus haut (1).

Enfin en cas des gros fibromes qui seuls nous intéressent ici ne procure-t-on pas à l'enfant plus de chances de salut en extirpant la tumeur, qu'en la laissant en place ?

Si paradoxale que pourrait paraître cette théorie nous la croyons fondée, étant donnée la fréquence d'avortements causés par les fibromes.

Le danger menaçant l'enfant, est plus grave encore lorsque le fibrome est une cause de dysocie qui réclamera une intervention obstétricale plus ou moins sérieuse.

Nous n'insistons pas cependant sur ce point, répétant que toute notre attention doit se porter sur les accidents provoqués par la tumeur chez la femme.

Du reste les fibromes volumineux en évoluant rapidement peuvent produire des accidents au troisième ou quatrième mois de la grossesse, époque à laquelle il est plus souvent impossible d'affirmer si vraiment la femme est enceinte (2). Le diagnostic de la grossesse étant fait doit-on pour cela reculer devant l'opération ? A moins d'accidents graves nécessitant une intervention

(1) Obstetr. Soc. New-York, 20 avril 1880.

Hegar. Janv. 1880. Operative gynec.

(2) Schwæder Zeitschri. für Geb. vol. V p. 395.

immédiate, comme dans le cas de M. Routier, (obs. III) on pourra toujours attendre et observer la malade pendant quelque temps.

Il est en effet peu probable qu'une période de 20 ou 30 jours puisse aggraver considérablement l'état de la femme et changer les conditions dans lesquelles on sera appelé à opérer. Le cas pourrait cependant arriver avec une grossesse très avancée, comme chez la malade de Thornton (obs. XVI) où la tumeur a eu le temps de s'accroître et de contracter des adhérences avec les tissus voisins. Disons que la congestion qui a lieu dans tout le système génital de la femme pendant la grossesse et l'irritation du péritoine par la tumeur, rendent ces adhérences éminemment probables. Dans ce cas le chirurgien sera forcé d'intervenir dans des conditions défavorables chez une femme débilitée par de longues souffrances, anémique, faible et peu résistante.

Enfin comme l'a observé Frommel (observation X), des accidents inflammatoires ou rénaux toujours à redouter quand il y a de la compression abdominale peuvent survenir. Il va sans dire et nous croyons tous les opérateurs d'accord sur ce point, qu'en cas de complications du côté du péritoine ou des reins on interviendra immédiatement. En cas d'accidents insignifiants paraissant tardivement dans les derniers mois de la

grossesse, on serait autorisé à attendre jusqu'au terme, si toutefois le siège de la tumeur écarte l'idée de dystocie.

Si au contraire les accidents de compression provoqués par l'accroissement rapide du fibrome paraissent de bonne heure dans les premiers mois qui suivent la conception, si le volume de la tumeur est assez considérable pour gêner la femme même avec un utérus libre, nous croyons une intervention hâtive indiquée, tout faisant supposer, que l'état de la femme ira en s'aggravant.

Tout au plus, espérant une amélioration si fréquente chez les parturientes après la période des phénomènes réflexes du début, sera-t-il permis d'attendre cette époque, en réservant sa conduite suivant les indications ultérieures (1).

Comme nous l'avons vu plus haut, dans aucune des différentes opérations usitées en cas de fibromes pendant la grossesse, on ne savait concilier l'extirpation de la tumeur avec la conservation de l'œuf. Cet avantage nous le trouvons dans la myomectomie. Appelé à faire une laparotomie, le chirurgien ne peut préciser si cette opération est praticable qu'après l'ouverture de la cavité abdominale, lorsqu'il connaît exactement le siège et les connexions de la tumeur. C'est surtout le mode d'implantation du fibrome sur l'utérus qui per-

(1) Martin, *loc. cit.*

mettra de juger si l'ablation du fibrome isolément est possible. Comme la non-ouverture de l'utérus est ici la condition essentielle de la myomectomie, on comprendra dès lors que cette opération ne sera facile que lorsque le fibrome est sous-péritonéal et pédiculé. Plus il se rapprochera du type interstitiel, plus l'opération sera compliquée et moins on aura de chances de voir le fœtus résister. Dans ces cas en effet le champ opératoire n'est séparé de la cavité utérine que par une paroi toujours mince et dont il est impossible de déterminer d'avance l'épaisseur. D'après Schröder et Martin, on ne doit pas hésiter à s'attaquer aux fibromes interstitiels bien délimités.

La vie du fœtus est alors compromise, mais la femme retire de l'opération le bénéfice énorme d'être débarrassée de son fibrome. Du reste on sait que dans tous les cas de grossesse compliquée de fibrome volumineux, le tiers sinon la moitié des enfants succombent par avortement. Disons que la grossesse étant exceptionnelle avec les tumeurs sous-muqueuses (1), on aura beaucoup de chances en ouvrant l'abdomen, de se trouver en présence d'un fibrome sous-péritonéal ou interstitiel.

Dans les observations que nous avons pu réunir

(1) Hofmerer, „Operationen am schwangeren uterus”
Deutsch. med. Wochsch. 1887, v. 19.

nous trouvons des cas (1) où l'extirpation d'un fibrome franchement interstitiel n'a cependant pas interrompu la grossesse qui est allée à terme et l'accouchement spontané et normal a pu avoir lieu. En réduisant l'intervention à une simple laparotomie exploratrice comme le voulait pour certains cas Schroeder (2) et en laissant la tumeur intacte on se verrait exposé aux accidents dont nous avons parlé à propos de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Nous croyons cette conduite inadmissible étant donné les accidents qui ont nécessité une intervention aussi importante que l'ouverture de la cavité péritonéale.

Dans les cas où l'ablation du fibrome est impossible sans perforation de l'utérus on aura recours à l'opération de Porro (3). Pour revenir à l'opération qui nous occupe disons que le manuel opératoire de l'énucléation est considérablement facilité par le ramollissement du tissu utérin si caractéristique pendant la grossesse.

Certaines régions du col et du segment inférieur ne deviennent accessibles, que grâce à cette souplesse ce qui permet de s'attaquer aux tumeurs descendant profondément dans le petit bassin (4);

(1) Observations de Martin VIII. Frommel X.

(2) Schroeder loc. cit.

(3) Kaltenbach-Hegar loc. cit.

(4) Langner, Deutsche med. Wochschr. 1889. Nvo XXIX.

enfin l'occlusion parfaite de la plaie créée par l'ablation du fibrome est rendue plus commode par l'extensibilité du tissu utérin et de la séreuse.

Ce dernier point nous paraît particulièrement important vu les difficultés de l'hémostase notées par tous les opérateurs ayant pratiqué l'ablation des fibromes pendant la grossesse.

Cette tendance aux hémorrhagies que présentent les plaies de l'utérus gravide, s'explique facilement par l'état de congestion qui a lieu dans le système génital de la femme durant la grossesse. Il est évident que plus la solution de continuité sera considérable, plus la plaie sera large et profonde et plus on aura de difficultés à se rendre maître de l'hémorrhagie qui peut prendre parfois des proportions inquiétantes. Cependant, comme nous le voyons dans toutes les observations, on peut en avoir toujours raison avec des sutures multiples et bien serrées.

Une seule femme opérée par Martin (obs. XIII) succomba il est vrai à l'hémorrhagie, mais le sang provenait de la cavité utérine qui ne communiquait pas directement avec la plaie. La mort du reste était survenue le quatrième jour à la suite de l'avortement.

Disons enfin que la présence de l'œuf dans l'utérus rend impossible toute infection immédiate de la plaie par la voie vaginale.

C'est à dessein que nous faisons ressortir les points par lesquels l'extirpation des fibromes de l'utérus gravide diffère de la même opération pratiquée sur l'utérus libre.

Comme on le voit c'est à peu de détails près la myomectomie telle qu'on la pratique journellement, plus la présence de l'œuf dans la cavité utérine.

« Pour établir la valeur absolue de cette intervention dit M. Routier (1), il faudrait la comparer à la myomotomie en dehors de la grossesse. » C'est ainsi qu'on parviendrait à savoir si la puerpéralité rend le pronostic plus sombre pour la femme. Malheureusement les cas dont nous disposons aujourd'hui sont trop peu nombreux pour servir à une étude comparative. A peine avons-nous pu en réunir une quinzaine. Ces opérations faites par des chirurgiens différents dans une période de vingt ans ne sauraient constituer une statistique sérieuse et acceptable.

Nous avons réuni dans notre thèse toutes les observations publiées sur la myomectomie pendant la grossesse. C'est là l'unique valeur de notre travail.

D'autres auteurs trouveront ainsi un recueil commode qui leur permettra de traiter le sujet d'une façon plus large et plus complète. La plus grande partie des observations citées, sont recher-

(1) Routier, *loc. cit.*

chées d'après les indications de M. Routier, dont nous avons eu l'occasion de citer le nom si souvent. Nous avons complété ces observations en y ajoutant l'histoire des femmes opérées et le manuel opératoire décrit par chaque auteur. Il y en a une inédite, très complète, due à la bienveillance de M. Terrier.

Malheureusement il nous était impossible de nous procurer les observations de quelques cas, publiées à l'étranger. Nous les copions telles que nous les avons trouvées, indiquées dans l'article de M. Routier et dans l'ouvrage de Kaltenbach et Hegar (1).

(1) Kaltenbach-Hegar, „Operative Gyn. ”

I. — OBSERVATION DE M. TERRIER (INÉDITE)

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici nos remerciements à M. Terrier pour la bienveillance qu'il nous a prouvée en nous confiant cette précieuse observation.

Madame C... journalière âgée de 33 ans. Menstruation à 19 ans, toujours régulière et sans douleurs.

Mariée à 32 ans, mari bien portant.

Pas d'antécédents personnels, ni dans la famille.

Les règles durent quatre jours, leucorrhée pendant les deux jours qui précèdent les règles.

En juin 1890 la malade fut réglée pour la dernière fois. A cette époque elle sentit pour la première fois une „ boule ” dans le bas ventre du côté gauche. La tumeur avait alors d'après la malade le volume d'un œuf. Au mois de juillet la tumeur a grossi considérablement et la malade se plaint de douleurs dans le ventre. Nausées, vomissements bilieux, on examine la malade le 3 novembre 1890.

Pas de varices ni d'œdème aux jambes.

Le ventre est irrégulièrement développé.

Circonférence ombilicale 106 centimètres.

Distance: Appendice xiphoïde. — Ombil. 26 centimètres.

Distance: Ombilic. — Pubis 17 1/2.

Distance: Ombilic. — Epine iliaque supérieure gauche 24 1/2. — Ombilic. — Epine iliaque supérieure droite 22.

On observe une saillie transversale sus-ombil. avec point culminant à droite de la ligne médiane une autre

saillie moins accentuée au niveau de la fosse iliaque gauche.

La ligne blanche fortement pigmentée, déviée avec concavité droite.

Les aréoles des seins pigmentées. Quelques tubercules de Montgomery.

Au palper. — On sent au-dessus de l'ombilic une tumeur qui part du flanc droit et s'étend à 4 ou 5 travers de doigt au-delà de la ligne médiane.

La tumeur est mobile, dure et lisse. On ne constate pas d'adhérences.

Matité absolue à son niveau, est séparée du foie par une zone de sonorité.

La tumeur descend très bas dans la fosse iliaque droite. Dans la fosse iliaque gauche on sent une autre tumeur grosse comme la tête d'un enfant de trois mois.

Au toucher. — Col mou, mobile et entrouvert est situé très haut et appuyé à gauche contre le pubis. Battements vasculaires.

En appuyant sur le ventre on constate que la tumeur molle située dans la fosse iliaque gauche participe aux mouvements imprimés au col. La grosse tumeur dure paraît indépendante.

La malade se porte bien.

Le 13 décembre 1890.

Circonférence ombilicale, 110 centimètres.

Distance : appendice xiphoïde. — Ombil. 27 centimètres.

» ombil. — Pubis 44 »

» ombil. — Epine iliaque supérieure gauche 24 centimètres.

Distance : ombil. — Epine iliaque supérieure droite 22 centimètres.

Le poids de la malade augmenta pendant son séjour à l'hôpital de 6 kilogr.

Les urines sont toujours restées normales.

Le 18 novembre 1890. Ablation d'un gros fibrome (3,500 gr.) pédicule chez une femme enceinte de 4 mois et demi. Opération faite par M. Terrier à Bichat. Grossesse continue.

Incision sur la ligne médiane longue de 26 à 27 centimètres.

On détache les adhérences qui unissent l'épiploon à la tumeur et qui saignent abondamment; on énuclée le fibrome du ventre et un lien élastique est placé sur le pédicule large de 3 à 4 centimètres de diamètre.

La bande élastique est serrée avec l'appareil de Marchand. Puis on sectionne le pédicule au-dessus du lien élastique, après avoir passé un double fil croisé qu'on noue. Le lien de caoutchouc est enlevé

Outre la grande tumeur on enlève un autre petit fibrome pédicule, après l'avoir lié avec deux fils croisés. Un troisième est laissé intact. Après la toilette on resèque l'épiploon entre deux pinces. On y pose 4 ligatures croisées 2 à 2 et plusieurs autres isolées.

Comme il y avait un peu d'ascite, toilette nouvelle de la cavité abdominale. Suture de la paroi en trois plans. Durée de l'opération 50 minutes.

La tumeur enlevée est un fibrome multilobulaire pesant 3 kil. 500 gr.

Le pédicule mesurait 4 centimètres en diamètre. Les suites de l'opération furent excellentes. La malade urine seule dès le premier jour. La température qui atteint 38° les deux premiers jours, descend ensuite à la normale.

Le 23 novembre, 6 jours après l'opération, la malade se

plaint de douleurs dans la jambe droite ; la température remonte ce jour-là à 38°.

Les jours suivants la température baisse, mais la malade souffre toujours de sa jambe. Le membre est plus gros que celui du côté opposé et on y trouve un peu d'œdème et d'induration sur le trajet de la saphène interne.

La température de la jambe malade est supérieure à celle de la jambe saine d'un degré. Cet état se maintient pendant 48 heures. A partir de cette époque les symptômes de la phlébite vont en s'atténuant et le 30 novembre elle ne souffre plus et remue facilement le membre. On y constate cependant un peu d'induration au niveau de la partie inférieure de la saphène interne.

Le 14 décembre la malade quitte le service complètement guérie.

Le 16 février 1891 l'opérée entre à la clinique d'accouchement dans le service de M. Pinard.

Le 3 mars. La tête est engagée et l'on entend très bien le bruit du cœur fœtal à droite et au-dessous de l'ombilic.

Au palper on retrouve le petit fibrome laissé en place pendant l'opération.

Il semble augmenté de volume, depuis cette époque. Il est gros comme une mandarine.

Le 4 mars. Accouchement ; idéal à tous les points de vue. Durée du travail 70 minutes.

L'enfant, un garçon vivant et bien constitué, pèse 2,960 grammes.

Délivrance normale, sans hémorrhagie.

Le placenta pèse 620 grammes.

L'utérus rétracté, on sent un autre petit fibrome sur le fond de l'organe.

Postpartum normal. Température maxima 38°1.

Le 16 mars 1891 la mère et l'enfant quittent le service.

Aujourd'hui 15 mai ils sont tous les deux bien portants.

II. — OBSERVATION DE HOMAM

(Décembre 1889) (1).

La malade mariée depuis trois mois était souffrante depuis les premiers jours du mariage. Pour assurer le diagnostic, un fragment de la tumeur fut retiré par ponction et l'examen démontra qu'il s'agissait d'un fibromyôme. Presque aussitôt après cette ponction, la femme ressentit des douleurs violentes et devint aliénée; elle refusait toute nourriture, et son état s'aggravait si rapidement qu'une semaine plus tard on fit l'hystérotomie pour enlever la tumeur : celle-ci pesait 15 livres anglaises. Les ovaires ne furent pas touchés, non plus que le ligament large.

Dix jours après, il y eut avortement d'un fœtus de trois mois. A partir de ce moment l'état mental s'améliora, et la guérison complète est survenue.

L'auteur ne sait à quelle cause attribuer la crise douloureuse qui suivit immédiatement la ponction. Il ne croit pas que l'on puisse adresser de critique sérieuse à son intervention; car le diagnostic de la grosseur n'était rien moins qu'établi, et d'ailleurs le développement simultané de la tumeur et du fœtus n'auraient pu se faire sans compromettre gravement la vie du sujet.

(1) Boston, Soc. for. med. improvement. Déc. 1889.

III. — OBSERVATION DE A. ROUTIER (1).

Mme P..., âgée de 37 ans, se présentait le 5 novembre 1889 à l'hôpital Laënnec se plaignant d'éprouver de vives douleurs dans le ventre depuis une quinzaine de jours environ.

Ces douleurs survenues tout à coup ne faisaient qu'augmenter et rendaient la station debout intolérable. Son ventre, disait-elle, avait brusquement grossi le jour de l'apparition des douleurs.

Il nous fut facile de constater que l'abdomen était très irrégulièrement soulevé du pubis à l'épigastre par une grosse tumeur dure, bosselée, irrégulière, mate à la percussion, donnant toutes les sensations d'un fibrome.

Les deux flancs étaient sonores : cependant à droite couchée le long de l'arcade crurale et la débordant à peine, existait une masse molle pseudo-fluctuante du volume du poing environ, séparée nettement par un sillon de la grosse tumeur fibreuse.

Celle-ci était légèrement mobile dans le sens transversal, mais il était impossible de la faire monter ou descendre, comme si ses deux extrémités avaient porté sur le pubis d'une part, dans la concavité du diaphragme de l'autre.

Cette femme toujours bien portante, n'avait eu qu'une maladie dans sa vie, une métrorrhagie, assez abondante avec caillots, survenue il y a dix ans environ, et qui d'après le récit de la malade nous fit l'effet de ressembler à une fausse couche.

(1) Annales de Gyn. Mars 1890.

Depuis, ses règles étaient bien revenues périodiquement, et sans trop d'abondance; en ce moment, elles étaient suspendues depuis trois mois, la malade pensait qu'elle était bien enceinte.

Elle savait en outre qu'elle avait depuis 6 ans dans la fosse iliaque gauche, une grosseur du volume d'un œuf, très mobile et qu'elle déplaçait très facilement sans douleur; elle ne s'expliquait pas autrement ce changement brusque du volume de son ventre.

Le toucher vaginal me permit de constater que le col, de consistance normale, un peu fendu transversalement, était légèrement mobile; le gros fibrome vertical n'était pas influencé par les manœuvres de mobilisation du col, mais il me parut que cette tuméfaction molle couchée dans la fosse iliaque droite était en continuité absolue avec ce col et pourrait bien être un utérus gravide, aplati par le fibrome.

Il nous fut impossible de percevoir au niveau de ce qui nous semblait être l'utérus, soit des mouvements actifs, soit des mouvements passifs, soit les bruits du cœur d'un fœtus, ce qui vu l'âge présumé de la grossesse n'était pas surprenant. Malgré cela je restai convaincu que cette femme était enceinte, et que cette grossesse était fortement gênée dans son évolution par le volume du fibrome un point restait obscur, c'était les rapports exacts de la tumeur avec l'appareil utéro-ovarien.

Vu la situation de l'utérus je pensai que ce pouvait être un fibrome de l'ovaire ou du ligament large gauche; mon interne M. Rebland croyait plutôt à un fibrome du fond de l'utérus, la suite nous montra qu'il avait raison.

Quoiqu'il en soit, cette femme souffrait, son utérus était gêné dans son développement, nous étions très cer-

tainement à la veille d'accidents dont le moindre pouvait être un avortement avec, comme il est à peu près de règle en pareil cas, une hémorrhagie formidable à redouter. C'est ce qui me détermina à agir.

Le 9 novembre je pratiquais avec l'aide de mon interne la laparotomie ; il s'agissait en effet d'un gros fibrome bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. L'utérus était bien en état de gravidité.

Le pédicule de ce fibrome était plus gros que le poing ; je le traversai par deux broches en croix, en faisant bien attention de ne pas perforer l'utérus, puis je l'enserrai d'un fil élastique, et coupai la tumeur au-dessus de ce pédicule artificiel.

Une fois le champ opératoire débarrassé de cette masse qui pesait 2415 grammes et mesurait 27 centimètres de long sur 15, 16 et 17 de large, j'énucléai les dernières parties du fibrome, resserrai le caoutchouc, enlevai les broches, et grâce, à un surjet fait avec de la soie assez forte, je fermai les restes de la capsule qui l'entourait, le tout sans avoir ouvert l'utérus.

Je vous fais grâce des difficultés que j'éprouvai à bien placer ce surjet, à bien faire l'hémostase, chaque piqure d'aiguille étant une nouvelle source d'hémorrhagie.

Cependant cette suture me parut assez bonne et assez sûre pour pouvoir être abandonnée ; je replacai l'utérus sur la ligne médiane, et l'abandonnant dans la cavité péritonéale, je suturai la paroi par 29 points de crins de Florence ; j'avais dû faire une incision jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xiphoïde en partant à 3 travers de doigt du pubis.

Le tout avait duré 45 minutes.

Les suites ont été des plus simples : le premier jour, il y eut sans douleurs, quelques pertes rosées par le vagin qui furent arrêtées par des injections chaudes de naphtol.

La température n'a jamais dépassé 37°,6 et le pouls est resté à 90. L'utérus prit de suite un assez gros développement, actuellement la malade est complètement guérie, et on entend les bruits du cœur du fœtus.

Le 12 Mai 1890 l'opérée entra en travail.

L'accouchement ne progressant pas, la sage-femme appela M. Routier, qui fit transporter la malade à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Budin.

On constate un état d'infection assez avancé.

Ecoulement fétide du vagin. Température 38° 4, pouls 148. A l'examen obstétrical, on trouve le bassin rétréci dans tous ses diamètres.

Le fœtus est vivant mais les bruits du cœur sont irréguliers et ralentis.

La tête non engagée, incomplètement fléchie.

Au toucher on trouve les membranes rompues et la dilatation presque complète.

Après un grand bain et des injections vaginales répétées, M. Budin applique le forceps et ramène un enfant en état de mort apparente; on parvient à le ranimer.

Après la sortie de l'enfant il s'écoule de l'utérus un liquide noirâtre très fétide.

Après la délivrance naturelle, des injections intra-utérines. Fièvre pendant le postpartum.

Le seizième jour la malade quitte le service. Mère et enfant bien portants.

IV. — OBSERVATION DE S. C. GORDON (1).

Mme C. âgée de 35 ans. Menstruation toujours régulière. La dernière fois en octobre 1888. Elle suppose la grossesse. Les douleurs pelviennes du côté droit devinrent si violentes que son médecin. M. J. I. Thompson me l'amène en consultation.

L'examen de la malade décèle une petite tumeur du côté droit du pelvis. Elle est ronde, élastique et siège immédiatement sous la paroi abdominale. Elle a toutes les apparences d'un utérus gravide au deuxième ou troisième mois de grossesse. Dans la ligne médiane il y a une autre tumeur dont le siège, la grosseur répondraient au fond de l'utérus.

La consistance cependant de cette seconde tumeur est beaucoup plus dure qu'on ne saurait l'attendre d'un utérus gravide.

Même en pratiquant l'examen bi-manuel il est impossible de savoir si cette tumeur médiane n'est pas en rapport avec le col. Supposant la tumeur être le fond de l'utérus la première idée qui se présente à l'esprit est, que la tumeur dans la fosse iliaque droite est une grossesse extra-utérine.

Les douleurs siégeant de ce côté et arrivant par spasmes paraissent confirmer cette théorie.

Le signe qui manque pour nous fixer entièrement est l'absence de toute hémorrhagie si fréquente dans ce cas.

Nous avons attendu deux semaines, mais la malade

(1) Borton med. journ. of. 1889.

souffrant de plus en plus désire être débarrassée à tout prix de son affection.

Il est à remarquer encore qu'aux examens ultérieurs le diagnostic du fibrome fut posé.

La tumeur droite serait alors le fond de l'utérus fléchi et appliqué par la tumeur contre le pubis.

Dans les deux cas la laparotomie fut indiquée soit pour le fibrome soit pour la grossesse utérine.

La section démontra qu'il s'agissait d'un fibrome de forme ovoïde. Après avoir sectionné le péritoine assez haut et tout autour de la tumeur, nous l'énucléâmes en laissant la paroi utérine très mince mais imperforée. La surface avivée étant très vasculaire, elle saignait beaucoup, mais en suturant le péritoine avec du catgut-fin, on eut bientôt raison de l'hémorrhagie.

Lorsque la pression cessa, l'utérus s'était redressé et revint à sa position normale, il était au 3^e mois de grossesse.

La convalescence se passa sans douleurs et la grossesse continua.

La femme accoucha à terme, mais le travail fut long et laborieux.

Comme les contractions étaient longues et fortes, on craignait la rupture de l'utérus. Vers la fin de l'accouchement les contractions durèrent une heure et plus.

L'intégrité de la paroi utérine démontra la solidité de la cicatrice.

VIII. — OBSERVATION MARTIN (1).

Mme D., 43 ans, *primipare*. Menstruation abondante,

(1) Deutsch. med. Wochenschr., 1889, N^o 29.

chaque période dure 8 jours. Toujours bien portante. Mariée depuis quatre ans. Les dernières règles en juin 1885. Il y a un mois, la malade s'est aperçu qu'elle a dans le ventre une tumeur. Elle vient nous consulter pour les douleurs qui lui font craindre l'avortement.

Palper. A droite, dans le bas-ventre, on sent nettement une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Elle est dure, bosselée et mobile ; paraît adhérer à l'utérus par un pont court mais large. Les douleurs revenant toujours, nous craignons l'avortement.

Laparotomie, 2 novembre 1885 :

Une petite quantité de liquide ascitique.

La tumeur adhère largement au fond de l'utérus. Il n'y a pour ainsi dire pas de pédicule. Utérus fortement congestionné. La surface de la tumeur présente un riche plexus vasculaire. Ligature élastique. Incision du péritoine à 3 centimètres de l'utérus ; hémorrhagie inquiétante. La tumeur enlevée, on constate que la paroi utérine est fortement intéressée dans une étendue de 3 centimètres. On parvient à recouvrir cette plaie avec le péritoine qu'on suture au catgut. La suture décrit une courbe qui contourne la corne droite de l'utérus. L'hémostase étant satisfaisante, on ferme la cavité abdominale. Durée de l'opération, pansement compris : 28 minutes. Réveil et convalescence parfaits. Quelques douleurs sont calmées sans injections de morphine. Température maximum 37°, 8. 12 mai 1886, accouchement à terme, délivrance artificielle. Postpartum normal. L'enfant se développe bien.

IX. OBSERVATION DE C. STUDSGAARD

(COPENHAGUE) (1)

Mme X..., 40 ans. Troisième grossesse. Se portait ordinairement bien, mais la menstruation était irrégulière.

Premier accouchement il y a 5 ans ; accouchement et postpartum normaux. Lors de sa première grossesse elle observait pour la première fois une tumeur dans le ventre mais n'en souffrait pas. Après l'accouchement la tumeur disparut. (La malade ne la sentait plus). Deux ans et demi plus tard la tumeur reparut avec une nouvelle grossesse, mais cette fois encore tout se passa bien. A la troisième grossesse la malade souffrait dans le ventre et s'aperçut que la tumeur augmentait de volume. Elle vint trouver Studsgaard vers le mois de mai 1880. Elle était alors dans le 7^e mois de grossesse. La tumeur avait alors le volume du poing. Elle était mobile et siégeait tout près de l'utérus. M. S. lui donna le conseil de venir après l'accouchement.

A terme l'accouchement s'était fait naturellement, mais il fut sensiblement plus long et plus laborieux que les fois précédentes. Depuis ce temps la tumeur augmente lentement mais continuellement de volume. Vers le mois de septembre 1882 nouvelle grossesse. La malade revient consulter M. S. à cause de douleurs. Elle entre le 12 décembre 1882 dans le service de M. S. de Communen hospital à Copenhague.

La malade dit n'avoir pas eu de règles depuis 3 mois ;

(1) Hospitals Tidende, 1883, N^o 14.

elle pense à une grossesse. L'examen de son ventre lui donne raison. L'utérus est dans le 3^e ou 4^e mois de grossesse. Du côté gauche de l'utérus, dans la région ombilicale on sent nettement une tumeur dure, lisse, ronde, grosse comme la tête d'un enfant. On distingue assez bien le pédicule qui paraît s'enfoncer dans le petit bassin où il est impossible de le suivre. La malade est très peureuse et exige une opération. Pensant que dans ces conditions l'opération ne présentera pas trop de difficultés et voyant les phénomènes de compression menaçants, M. S. entreprend l'opération.

Laparotomie le 19 décembre 1882.

Incision de la ligne blanche 2 centimètres au-dessus du pubis, longue de 20 à 21 centimètres. Adhérences de la tumeur à l'épiploon et aux intestins. 19 ligatures pour la détacher. Le pédicule, gros comme le pouce, mesure 5 à 6 centimètres. Il prend son origine à côté de la trompe gauche. Il est lié et cautérisé avec le Pacquelin. Toilette péritonéale. Fermeture de la plaie abdominale sans drain.

Pansement : ouate salicillée et tafetas.

Durée de l'opération : 90 minutes.

Température maximum : rectum 39° 6, le troisième jour ; elle remonte un peu le huitième, lors de la première garde-robe.

La plaie guérie par première intention. Pas de douleurs ; la grossesse continue. L'opérée quitte le service le 23 janvier 1883.

On entend des battements fœtaux.

La tumeur enlevée était un fibromyome pesant 522 gr.

X. OBSERVATION DE FROMMEL (1)

1882. Grossesse au 5^e mois. Fibrome ramolli et enflammé, gros comme la tête de fœtus. Péritonite.

Myomectomie. Guérison. Accouchement à terme.

XI. — OBSERVATION DE LANGENBUCH

(*de Berlin*) (2)

M^{me} de F., 41 ans. Menstruation régulière et sans douleurs. Stérile en premier mariage. Depuis 7 ans remariée.

Dernières règles février 1882. Nausées. Depuis deux mois seulement la malade sent une tumeur dans le ventre. Elle se plaint de coliques. C'est une grande femme, forte et bien nourrie.

Palper. — A l'endroit indiqué par la malade, on sent une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, dure et mamelonnée. A côté de la première on sent une autre tumeur, située à droite et en avant de la première. Le corps de l'utérus augmenté de volume, répond au quatrième mois de la grossesse. Comme la tumeur grossissait rapidement et les phénomènes d'oppression et de dyspnée devenaient menaçants, on résolut une intervention radicale.

Laparotomie. — 27 juin 1882. L'incision abdominale saignant abondamment on lie quelques vaisseaux).

(1) München. Med. Wochenschr. N^o 52, 1889.

(2). Deutsche méd. Wochenschr. 1889, N^o 29.

Dans la cavité abdominale on trouve un peu de liquide ascitique. La tumeur siège sur la face antérieure de l'utérus à droite. Il y a un pédicule large comme la main qui est traversé avec deux broches et une ligature élastique est posée.

Après incision du péritoine, énucléation de la tumeur facile. Hémorrhagie insignifiante. Les lambeaux péritonéaux rabattus recouvrent bien la plaie utérine. Ils sont suturés au catgut.

Ensuite on procède à l'ablation de deux autres tumeurs plus petites qu'on enlève de la même manière. L'utérus, pendant toute l'opération resta fortement congestionné. Durée 54 minutes.

Peu après le réveil, la malade est prise de douleurs; à 10 heures du soir les douleurs deviennent plus intenses et à 11 heures il y a expulsion du fœtus avec une présentation du siège. Délivrance normale sans hémorrhagie. L'utérus stimulé par les injections d'eau chaude se contracte bien. La convalescence a été bonne. Plaie réunie par première intention.

La malade est complètement guérie 30 jours après l'opération.

XII. — OBSERVATION DE LANDAU. BERLIN (1).

Mme H., 23 ans. *Primipare*. Menstruation toujours régulière. Dernières règles 29 décembre 1880. La malade se plaint de douleurs violentes dans le ventre qui augmente de volume *depuis quelque temps*.

(1) Berl. med. Wochenschr., nov. 13.

Lors du premier examen, février 1881, on constate du côté droit de l'utérus, bien assise sur sa surface, une tumeur assez mobile cependant. Elle paraît sortir de la corne droite de l'utérus qui, de son côté, est considérablement développé.

Comme la tumeur croissait rapidement et qu'on prévoyait des phénomènes de compression qui menaçaient, on résolut une intervention. La question d'un avortement étant posée, on pensait que même en sacrifiant l'enfant on exposait la malade à une laparotomie ultérieure pour son fibrome si, malgré la déplétion de l'utérus, la tumeur ne rétrogradait pas.

Laparotomie, le 31 mars 1881.

Incision de la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à la fourchette sternale. Peu d'ascite. En saisissant la tumeur à deux mains, on la porte facilement en dehors de la cavité abdominale. Légère éventration que l'on réduit et maintient facilement par la manœuvre de Sp. Wells. On aperçoit alors qu'en dehors de la grande tumeur siégeant en effet sur la corne droite il y en a une autre du volume d'un œuf sur la paroi gauche de l'utérus.

Toutes les deux sont sous-péritonéales. La grosse tumeur est attirée avec la pince Muzeux, ce qui donne un pédicule artificiel très-court. On perce la base de la tumeur avec deux broches, tout en ayant soin de ne pas perforer l'utérus, et on pose au-dessous des broches une ligature élastique. Il n'y a pour ainsi dire pas d'hémorrhagie. La solution de continuité dans la séreuse est recouverte par les lambeaux latéraux. La petite tumeur est enlevée et la plaie recousue de la même façon. 6 sutures péritonéales, 5 superficielles. Durée de l'opération : 1 heure environ. Les suites sont bonnes.

Température maximum : 37° 8.

Le 6 avril on enlève le pansement et les sutures. Réunion par *première intention*.

Le 11 mai la malade se lève.

Le 17 mai elle quitte l'hôpital, guérie. Le principal fibrome pesait 1500 grammes.

La grossesse continue très bien malgré un petit abcès qui se développa autour d'une suture.

Le 28 octobre 1881, accouchement d'un enfant bien portant; postpartum bon. Réglée depuis plus régulièrement. On observe sur la corne droite de l'utérus une petite inégalité.

XIII. OBSERVATION MARTIN (DE BERLIN) (1).

Mme B..., 40 ans. Primipare. Réglée à 19 ans. Menstruation a toujours été abondante mais sans douleurs. Mariée en été 1880. Dernières règles fin novembre.

Depuis décembre 1880, douleurs dans le ventre; nausées. En février 1881, quelques douleurs expulsives mais pas d'avortement. La malade est examinée par M. Martin le 4 mars 1881. C'est une femme petite et mal nourrie.

Palper. Ventre tendu (circonférence 87 centimètres). Dans la région sus-ombilicale, on sent une masse dure et bosselée. Immédiatement au-dessous de la tumeur, on sent un sillon qui la sépare de l'utérus qui est augmenté de volume.

Toucher. Vulve et vagin ramollis. Col mou, béant, laisse pénétrer le doigt. Les mouvements imprimés au col ne se transmettent pas à la tumeur.

Dyspnée devient si intense qu'on décide une laparotomie malgré la grossesse.

(1) *Loc. cit.*

Laparotomie. 6 mars 1881.

Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve une grande tumeur implantée par une large surface sur le fond de l'utérus. A droite de la tumeur principale, on en trouve deux autres plus petites. La surface de la tumeur est parcourue par des vaisseaux volumineux qui sont liés. Comme la tumeur pénètre profondément dans le tissu utérin on l'incise et on enlève les deux moitiés séparément. Hémorragie insignifiante. La brèche considérable créée dans le tissu utérin par l'excision du fibrome est recouverte par les lèvres de la plaie. On place 12 sutures profondes et 10 sutures péritonéales. On procède à l'énucléation de deux autres tumeurs plus petites. Ici l'hémorragie est plus grave. On parvient cependant à la calmer. Durée de l'opération, 70 minutes. La malade mit longtemps à se réveiller.

7 mars l'opérée reprend connaissance. Température 36° 5. 2 mars, température 36° 8. Pouls 110.

Après une nuit agitée la malade est prise de douleurs et malgré les injections de morphine, expulse un fœtus de 4 mois.

Hémorragie grave. On procède à l'extraction manuelle des annexes. Malgré les injections chaudes et la rétraction considérable de l'utérus, la malade succombe à l'hémorragie le cinquième jour. Pas d'autopsie.

XIV. OBSERVATION DE HEGAR (1).

Janvier 1880. Grossesse au troisième mois. Fibrome volumineux, ramolli et enflammé. Péritonite.

Laparotomie. Mort le 3^e jour.

(1) *Operative Gynecologie*, 1886.

V. OBSERVATION DE M. MARTIN (1)

Mme B..., 36 ans. Fibromes multiples sous-péritonéaux et interstitiels. Grossesse au troisième mois.

Laparotomie le 7 novembre 1888.

Enucléation de deux tumeurs. Durée de l'opération 36 minutes.

24 novembre, avortement. La femme quitte l'hôpital guérie.

VI. OBSERVATION MARTIN (2)

Mme L..., 35 ans, cinquième mois de la grossesse. Fibromes sous-péritonéaux.

Troubles rénaux graves.

Laparotomie le 20 octobre 1886.

Extirpation de la tumeur.

Le 23 octobre, avortement. 24, mort.

A l'autopsie on trouve des abcès tuberculeux périnéphrétiques.

VII. OBSERVATION DE BARNES (3)

1886. Grossesse au troisième mois. Myomes pédiculés. Opération. Mort.

(1) Zeitschr. f. Geb., vol. XX, p. 102.

(2) Zeitschrift für Geburtshilfe, vol. XX, p. 100.

(3) Thèse de Vautrin.

XV. OBSERVATION DE SCHRÖEDER (1)

Mme J..., 40 ans ; mariée depuis 20 ans ; pas d'enfants.
Menstruation à 13 ans. Règles toujours abondantes.

Observe depuis longtemps une tumeur dans le bas-ventre. Dernières règles en juillet 1879. Examinée pour la première fois, le 20 novembre 1879. On trouve l'utérus augmenté et bosselé. Au-dessus et à droite, on sent nettement une tumeur dure, grosse comme la tête d'un adulte.

Un sillon la sépare de l'utérus.

Diagnostic : Plusieurs fibromes interstitiels, petits, et un grand fibrome sous-péritonéal pédiculé.

Le 16 décembre 1879, la malade revient pour douleurs dans le ventre. On retrouve la tumeur principale, mais considérablement augmentée de volume. A gauche et en bas, on sent l'utérus gros et fluctuant. Le col qui est situé très haut est ramolli et porté à gauche. La grossesse est certaine. Aux examens ultérieurs on constate que la tumeur et l'utérus se développent constamment. Le ventre étant déjà très distendu, il ne paraît pas probable que la grossesse puisse aller à terme. L'avortement artificiel ne nous paraît pas indiqué, la tumeur ayant acquis un volume trop considérable pour ne pas gêner la femme même avec un utérus libre.

Laparotomie le 21 décembre 1879.

Après lavage du ventre, nous pratiquons une incision partant du pubis, longue de 15 cm.

La paroi abdominale saigne peu.

(1) Schröder. Zeitschr. für Geb. und Gyn., vol. V, p. 395.

Nous trouvons l'épiploon adhérent à la tumeur. Il communique avec celle-ci par des vaisseaux nombreux et volumineux. Le pédicule est également parcouru par un riche plexus vasculaire. Les vaisseaux liés, on resèque l'épiploon sur toute l'étendue de ses adhérences.

La tumeur apparaît alors très fortement enclavée entre le foie et l'utérus. On est obligé de prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde et l'on parvient non sans peine à dégager la tumeur. Le pédicule est lié avec un fil de soie double et la tumeur est énucléée. On enlève de la même façon un autre fibrome moins volumineux, mais on est forcé d'en laisser intactes plusieurs autres d'un volume insignifiant. Les pédicules sont recouverts du péritoine qu'on suture au catgut. La cavité abdominale est fermée par 24 sutures. Guérison rapide et complète. La grossesse continue.

Le 30 avril, accouchement d'un enfant bien portant. Forceps. Postpartum normal.

XVI. — OBSERVATION DE J. THORNTON DE LEICESTER (1).

Tumeur fibreuse enlevée pendant la grossesse. Travail prématuré. Mort par occlusion intestinale.

Mme H., 39 ans. Mariée depuis 2 ans. Appartient à une famille nombreuse et bien portante. Jusqu'à son mariage elle jouissait d'une bonne santé. La menstruation a toujours été régulière.

(1) Obsbetr. Soc. London, juin 1879.

Peu après le mariage, la malade fut obligée de garder le lit pendant 7 semaines. La nature de la maladie n'a pu être déterminée, mais d'après ce que dit la malade, elle paraît avoir été en rapport avec l'utérus ou le péritoine. Depuis cette époque, la menstruation est devenue irrégulière et fort douloureuse. Peu après la maladie, la malade a constaté la présence de deux tumeurs dans le bas-ventre. Elles avaient alors le volume de noix. Toutes les deux grossissaient, mais celle du côté droit plus rapidement. Le volume des tumeurs et la douleur rendirent la malade complètement infirme. Cet état dura jusqu'en septembre ou octobre 1878, où le ventre diminua subitement. Cette régression fut accompagnée par des troubles du côté de la vessie et par l'incontinence d'urine. Comme il y avait en même temps des douleurs dans les membres inférieurs, il est probable que la tumeur descendait alors dans le petit bassin. Au commencement de novembre 1878, les règles qui étaient toujours fort irrégulières et douloureuses, cessèrent brusquement et la malade eut quelques vomissements. Depuis cette époque l'état est devenu si mauvais que la malade ne quitta plus son lit.

« A Noël, dit son mari, elle n'était qu'un squelette. » Cet état dura jusqu'au 2 mai 1879, où, vu une légère amélioration, on a pu transporter la malade à l'hôpital Samaritain.

Les principaux troubles sont les vomissements et la constipation. Elle est tellement exténuée, le poux est tellement rapide et irrégulier que l'on craint une issue fatale avant qu'on ne puisse intervenir. Par l'administration des toniques, on releva suffisamment l'état de la malade pour lui faire subir un examen détaillé. La première impression fut celle de tumeurs des deux ovaires. Vu la cachexie

on craint des tumeurs malignes. Le col présente tous les caractères d'une grossesse avancée. L'examen des mamelons confirme cette hypothèse. La situation de l'utérus est impossible à déterminer vu qu'une grosse tumeur remplit le petit bassin.

Le 14 mai, on entend le bruit du cœur du fœtus dans la tumeur qui occupe le côté gauche du bas-ventre. Entre la tumeur du côté droit et celle du côté gauche on sent un sillon qui paraît être rempli par des anses intestinales. La tumeur, dure à droite, est tellement enclavée dans le petit bassin qu'il est impossible de préciser ses connexions. L'état de la malade s'aggravant, on résolut d'intervenir. Deux opérations se présentaient à l'esprit. Intervention immédiate ou opération césarienne à terme. Contre cette dernière il y avait comme objections :

I. On ne pensait pas que la malade puisse vivre jusqu'à cette époque.

II. L'opération césarienne ne débarrasserait pas la femme de sa tumeur.

Comme les ovariectomies pratiquées pendant la grossesse ont donné de bons résultats, et l'on pensait avoir à faire à une tumeur de l'ovaire, on décida d'intervenir immédiatement.

Laparotomie le 22 mai 1879. (Méthode de Lister.)

La cavité abdominale ouverte, on trouve la tumeur qui est située à droite et l'utérus gravide à gauche. On parvient à introduire la main dans la tumeur, le rectum et l'utérus en la passant au-dessus de la tumeur. On constate de nombreuses adhérences à l'intestin et au pourtour du petit bassin. Elle remplit entièrement la cavité de Douglas.

La trompe et l'ovaire droits sont sains.

A gauche on trouve le pédicule gros comme le doigt qui fait supposer que c'est l'ovaire gauche qui a donné naissance à la tumeur, refoulée ensuite par l'utérus dans la cavité du petit bassin. Pour pouvoir enlever la tumeur il fallait commencer par l'énucléer du petit bassin. C'était la partie la plus difficile de l'opération. On n'y parvint qu'avec beaucoup de peine, agissant tantôt d'une, tantôt de l'autre main. L'hémorrhagie qui en résulta fut si considérable qu'on craignait pour les vaisseaux iliaques.

Après l'application d'une grosse éponge antiseptique sur toute la surface saignante on détacha les adhérences intestinales et pariétales. L'hémorrhagie fut ici aussi très forte.

La tumeur dégagée on trouve l'ovaire gauche sain. C'était bien un fibrome de l'utérus pédiculé. Une pince fut posée sur le pédicule et après une ligature on énucléa la tumeur. La plaie fut recouverte par le péritoine, suturée et la pince enlevée. En retirant l'éponge de la cavité du petit bassin placée au début de l'opération, on constata que l'hémorrhagie s'était calmée.

L'opération a duré 70 minutes.

Température 96°6 Fahrenheit.

Quelques douleurs furent calmées par l'opium et à 10 heures du soir la malade allait bien.

Malheureusement la garde négligea d'administrer l'opium prescrit, et à 2 heures du matin l'opérée entra en travail.

L'enfant expulsé, on fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle.

Temp. 102 Fahrenheit. Pouls 128.

Tout paraissait aller bien lorsque parurent les phénomènes d'occlusion intestinale.

Après une longue agonie la malade succomba le cinquième jour après l'opération.

Autopsie. — Traces d'entérite aiguë dans le petit intestin, marquées surtout à la valvule iliocœcale et aux points où siégeaient les adhérences.

Le pédicule est normal.

La paroi utérine contient de petits fibromes nombreux.

XVII. — OBSERVATION DE PÉAN (1)

15 décembre 1874. La malade 43 ans. Fibrome et kyste sur le fond et la paroi antérieure.

Ventre énorme. Toute la tumeur enveloppée d'une coque cellulo-séreuse, épaisse et très vasculaire. Incision de cette coque. Ponction des loges. 10 litres de liquide séreux et citrin, et au fond louche puis sanguin.

Les vaisseaux deviennent énormes à mesure qu'on s'approche de l'utérus. L'énucléation nécessite un jeu de pinces considérable.

Ablation du fibrome par morcellement, il s'insérerait sur le fond de l'utérus qui était volumineux, environ comme au cinquième mois de grossesse. Ce fond utérin est lié puis sectionné et fixé à l'angle inférieur. Une faible partie seulement de la coque fut excisée; le reste fut conservé et disposé entre les lèvres de la plaie, de façon à former une barrière contre la pénétration du pus dans la cavité abdominale. La portion solide pesait 7,300 grammes. Après l'opération l'utérus conservait son gros volume.

Le lendemain expulsion spontanée d'un œuf intact à 4 mois et demi de développement. La malade étant veuve depuis 9 ans rien ne faisait soupçonner la présence d'une grossesse.

(1) Clinique chirurgicale 1874-75, p. 679.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Si nous nous en rapportons aux résultats des interventions citées plus haut, nous trouvons une mortalité supérieure à celle que donne l'extirpation de fibromes de l'utérus vide.

Cette gravité du pronostic, doit-on l'attribuer à l'existence de la grossesse ?

Il est certain que les troubles circulatoires et nutritifs observés chez les femmes enceintes peuvent, dans une certaine mesure, avoir une influence sur l'issue d'une opération aussi grave ; mais si nous regardons de près l'histoire des six femmes mortes, nous verrons que ce n'est pas là la seule cause des insuccès.

Chez deux femmes, en effet (obs. XVI, XIII), on est intervenu très tard dans des conditions déplorable et quand leur état était absolument désespéré. Tel était aussi le cas de Martin (obs. VI) qui opéra une malade affectée de lésions rénales graves.

Par contre l'intervention a donné un résultat excellent chez onze femmes qui furent opérées dans

des conditions plus favorables, au début de la grossesse, lorsque les accidents provoqués par les fibromes n'avaient pas encore toute leur intensité.

Ce n'est donc pas tant sur le compte de la grossesse, que sur l'état général de la femme qu'il faut mettre les insuccès.

Pour apprécier à sa juste valeur l'extirpation de fibromes pendant la grossesse, il ne suffit pas de considérer uniquement les résultats obtenus. Il ne faut pas oublier la gravité des accidents qui la nécessitent et les dangers auxquels on expose la femme en n'intervenant pas. Enfin les bénéfices que retirent les femmes d'une opération heureuse doivent faire adopter la myomectomie.

Comme nous devons le prévoir nous trouvons une mortalité des enfants supérieure à celle des femmes.

Dans 17 grossesses, nous voyons 6 enfants succomber en même temps que leur mère et 4 fois par l'avortement. 7 enfants seulement continuèrent la vie intra-utérine et l'accouchement à terme a eu lieu ; les chiffres étant suffisamment éloquents, nous n'avons que peu d'explications à y ajouter.

L'enfant, en effet, partage tous les dangers de la mère, et il est menacé en plus par l'avortement, il a donc moins de chance de survivre.

Mais ne sommes-nous pas en droit de nous demander, comme nous l'avons fait pour la femme,

quel serait son sort sans opération et combien d'enfants auraient survécu aux accidents provoqués par la tumeur qu'on a extirpée? Il est probable qu'avec plus d'expérience du côté des opérateurs, plus de précision dans les indications, plus de perfectionnement du manuel opératoire, on parviendra à baisser le total de la mortalité tant pour les femmes que pour les enfants.

CONCLUSIONS

I. — Les accidents pouvant survenir chez certaines femmes enceintes sous l'influence des fibromes sont parfois assez graves pour en justifier l'extirpation par la laparotomie.

II. — Les indications de cette intervention sont fournies par le volume de la tumeur, par son accroissement rapide et par les accidents de compression dus au fibrome qui menacent la mère ou le fœtus.

III. Le pronostic de cette opération, loin d'être fatal pour l'enfant, lui procure au contraire des chances de salut, les accidents provoqués par la tumeur étant une cause fréquente d'avortement.

IV. Pratiquée dans des bonnes conditions et assez tôt, l'extirpation des fibromes pendant la grossesse n'est pas plus grave pour la femme que la même opération pratiquée sur l'utérus vide.

V. — Moins dangereuse que les autres interventions intra-péritonéales pratiquées dans les cas des fibromes compliquant la grossesse, l'ablation

des tumeurs isolément leur est préférable, parce qu'elle supprime la cause du mal et laisse intactes les fonctions génitales de la femme.

VI. — L'ablation des fibromes interstitiels doit être tentée chaque fois que leur énucléation est possible sans ouverture de la cavité utérine.

<i>Vu par le doyen</i>	<i>Vu par le Président de la thèse</i>
BROUARDEL.	TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.
